

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 44

Des Phlegmons de la Région Pubienne au Cours de la Puerpéralité

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ BIRAT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

né le 26 Avril 1888, à Bonnat (Creuse)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1910

DES PHLEGMONS DE LA RÉGION PUBIENNE
AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 44

Des Phlegmons de la Région Pubienne au Cours de la Puerpéralité

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ BIRAT

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

né le 26 Avril 1888, à Bonnat (Creuse)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
Maladie des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique.	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEMAIRE PATEL	MM. J. LÉPINE LÉSTEUR Etienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARJET LERICHE BRETIN THÉVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM FABRE, président ; Aug. POLLOSSON, assesseur ; COMMANDEUR et VORON, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Université de Lyon

Il a aimablement accepté la présidence de notre thèse ; nous lui en exprimons notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ COMMANDEUR

Il nous a inspiré le sujet de ce travail, et nous a guidé de ses conseils.

Nous le prions d'agréer nos remerciements respectueux.

INTRODUCTION

Il n'entre pas dans nos intentions de faire ici une étude approfondie de toutes les suppurations de la région pubienne, ni d'apporter toutes les observations recueillies à ce sujet depuis un siècle.

La rupture de la symphyse, ses conséquences mécaniques et infectieuses, ont été décrites depuis longtemps de façon détaillée. Nous voulons, choisissant les observations qui nous paraissent les plus caractéristiques, quelle que soit leur date, faire une revue d'ensemble de la question, et mettre en lumière aussi nettement que possible, les différentes modalités d'infection pouvant survenir dans la région sous l'influence de l'état puerpéral.

Les arthrites purulentes de la symphyse, avec leurs complications graves, sont devenues rares depuis l'avènement de la méthode antiseptique. On ne les rencontre plus dans les services bien tenus ; le Professeur Fabre, les Professeurs agrégés Commandeur et Voron, nous ont dit n'en avoir pas rencontré chez les malades accouchées dans leurs salles. Mais

on les voit encore apparaître à la suite d'accouchements ou d'avortements survenus dans des conditions plus ou moins défectueuses (cas de la malade opérée par le Professeur Rochet).

Enfin, nous avons attiré l'attention sur quelques cas de phlegmon de la paroi abdominale (observation du service de Monsieur le Professeur agrégé Commandeur), dont l'étiologie n'est pas encore clairement élucidée.

Nous devons à l'obligeance de Monsieur le Professeur Rochet une de nos plus intéressantes observations ; Monsieur le Professeur agrégé Voron nous a réservé dans son service l'accueil le plus aimable. Qu'ils veuillent bien recevoir ici l'hommage de notre vive gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie normale de la région

L'articulation interpubienne forme le centre de la région. Chaque pubis s'articule avec son congénère par une facette ovale encroûtée de cartilage hyalin, et dans l'espace triangulaire à base antérieure qui les sépare, est interposé un fibro-cartilage adhérent. Ce fibro-cartilage est quelquefois plein, et constitue un sérieux moyen d'union, plus souvent, et le fait est fréquent chez la femme, il est creusé d'une cavité centrale plus ou moins développée ; l'articulation est dans le premier cas une amphiarthrose ou symphyse (cette dernière expression usuelle, est parfois employée à tort), dans le second cas, c'est une diarthro-amphiarthrose, se rapprochant d'autant plus de la diarthrose que la cavité est plus grande.

Des ligaments périphériques, formant une capsule, entourent l'articulation ; mal différenciés en haut et en arrière, ils forment en bas le ligament arqué, l'arcuatum des accoucheurs ; en avant, renforcés par les

fibres entrecroisées des droits et des obliques, ils constituent un puissant trait d'union entre les deux pubis.

Ses rapports. — La symphyse pubienne répond en avant au feutrage fibreux dont nous avons parlé, à des vaisseaux veineux qui unissent le bulbe et les corps caverneux, à l'abondant tissu cellulo-adipeux du mont de Vénus, et à la peau. En arrière, c'est la cavité de Retzius, et derrière elle, la vessie. En haut, sur le bord supérieur des pubis, s'insèrent les grands droits et les pyramidaux ; en bas, l'arcuatum se continue par l'aponévrose moyenne du périnée.

Nous avons parlé de l'espace de Retzius, quels sont sa constitution, ses limites, et son contenu ? Cet espace, qui serait plus justement appelé prévésical, est abdominal dans sa partie supérieure, pelvien dans sa partie inférieure. Il est limité en avant par le fascia transversalis formant au-dessous de l'arcade de Douglas, le feuillet postérieur de la gaine des droits, et la face postérieure des pubis ; en arrière, par l'aponévrose ombilico-prévésicale, qui part de l'ombilic, et s'élargissant progressivement, vient adhérer à la face antérieure et aux faces latérales de la vessie, et enfin se perdre sur le plancher pelvien ; latéralement par l'union de l'aponévrose au fascia transversalis ; en bas par son union aux ligaments pubo-vésicaux sur la ligne médiane, sur les côtés, aux aponévroses du releveur et de l'obturateur. Simple fente à sa partie supérieure, plus bas gouttière embrassant la vessie dans sa concavité, l'espace de Retzius contient du tissu cellulo-

adipeux et des veines nombreuses ; on sait depuis quelques années qu'il renferme aussi des vaisseaux lymphatiques et des ganglions (Gérotá 1896, Cunéo et Marcile 1901, Géraudie 1903). Ces ganglions, sur lesquels nous reviendrons, ont pour tributaires les lymphatiques afférents de l'urèthre, de la vessie, de l'appareil génital de la femme ; on comprend de suite quel rôle considérable, ils peuvent jouer dans les supurations de la région.

L'espace ainsi formé est en rapport en arrière avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, le péritoine, et plus bas, la vessie ; il n'est pas hermétiquement clos : sur les côtés, il fait communiquer avec la doublure cellulograsseuse de la paroi abdominale, avec le contenu des fosses iliaques, en bas son contenu est lui-même en continuité avec celui des régions ingunale profonde et crurale. Dans la majorité des cas, néanmoins, les collections développées dans l'espace de Retzius y restent nettement localisées pendant une grande partie de leur évolution.

Donc, une articulation, amphiarthrose ou diarthrose imparfaite ; en avant d'elle une couche cellulograsseuse avec quelques vaisseaux ; en arrière, une vaste cavité aux parois extensibles, contenant avec des vaisseaux d'importants ganglions lymphatiques ; telle est l'idée schématique que l'on peut se faire de l'ensemble de la région.

CHAPITRE II

Modifications survenant dans la région au cours de l'état puerpéral Arthrites purulentes et phlegmons consécutifs

Les mouvements qui peuvent se produire à l'état normal dans l'articulation interpubienne, sont à peine appréciables ; ils acquièrent pendant la gestation une plus grande amplitude, en même temps que s'accomplissent dans la région des modifications importantes et manifestes.

La pesée constante de l'utérus gravide tend à écarter l'une de l'autre les surfaces articulaires, première cause dont l'effet n'est pas négligeable ; Or, sous l'influence de la grossesse, la circulation est plus active au voisinage de l'utérus, les veines congestionnées ne sont pas en état de supporter une compression ; que celle-ci vienne donc à s'exercer, une transsudation séreuse s'établira et déterminera le ramollissement des tissus. La région pubienne, avec son riche réseau vei-

neux, en ressentira fortement les conséquences ; les ligaments imbibés, ramollis, lentement relâchés, ne seront plus en mesure de résister à une poussée encéntrique, et le fibro-cartilage inter-articulaire va se modifier à son tour ; la cavité qui le creuse s'agrandit au point d'arriver parfois au contact de la capsule, elle se remplit d'un liquide analogue à la synovie, et l'on a vu parfois la partie périphérique du fibro-cartilage progressivement diminué, s'organiser en une sorte de membrane synoviale.

On peut palper les deux faces du pubis, la femme étant couchée, et l'on sent souvent un écartement de quelques millimètres ; mieux encore, on applique le procédé de Budin (*Progrès médical* 1893) ; la malade est dans la station debout ; pendant que l'index est introduit dans le vagin, la pulpe contre le bord inférieur des pubis, on lui dit de lever alternativement l'une et l'autre jambe ; le doigt sent alors nettement l'abaissement de la branche pubienne lorsque le membre correspondant s'élève, et sa réascension lorsque le membre revient s'appuyer sur le sol.

Ainsi manifesté, le relâchement est un phénomène physiologique, mais de cette mobilité normale à la laxité pathologique, il n'y a qu'un pas. Que sous l'influence du traumatisme, de la fatigue, l'écartement s'accroît, c'est le relâchement pathologique ; que des fibres se rompent, c'est la disjonction incomplète ; dans les deux cas, les symptômes seront à peu près les mêmes : douleur brusque ou progressivement croissante au niveau du pubis, à la région inguinale, dans les lombes, la marche et la station debout deviennent

impossible ; la femme doit passer au lit le reste de sa grossesse, et même dans le décubitus dorsal les mouvements des membres inférieurs sont douloureux.

Lors de l'accouchement, le relâchement de la symphyse va jouer un rôle important ; modéré, il facilite l'augmentation des diamètres pelviens et favorise ainsi le mécanisme de l'accouchement ; plus accentué ou compliqué, la disjonction incomplète, il favorisera par contre la disjonction complète, la rupture de la symphyse, véritable entorse articulaire. Dans la production de cette lésion interviennent de nombreuses causes ; *causes maternelles* : il s'agit souvent de primipares âgées chez qui les ligaments ont perdu leur souplesse, de bassins rachitiques ou astéomalaciques plus ou moins rétrécis ; les arthrites infectieuses, rhumatismales, la tuberculose, la syphilis, les différentes diathèses ne sont pas à négliger ; *causes fœtales* : une tête volumineuse, un diamètre bisacromial exagéré auront une influence néfaste, surtout si les contractions utérines sont violentes ; *causes tenant à l'opérateur ou à ses aides* : l'emploi du forceps sans tracteur, la version dans le cas d'une tête dernière volumineuse, l'expression abdominale, sont souvent en cause dans la disjonction articulaire. La lésion est ordinairement facile à reconnaître (Commandeur. Pratique de l'art des accouchements, 1907). Au moment d'une contraction énergique, d'une forte traction sur le forceps, on entend un craquement, la malade pousse un cri, elle a eu la sensation d'un déchirement « comme si elle était coupée en deux » ; les os iliaques s'écartent l'un de l'autre, et les

membres inférieurs se placent consécutivement en rotation externe.

Parfois les symptômes sont moins nets, n'apparaissent que lorsque la malade se lève, parfois aussi l'autopsie révèle seule une lésion passée inaperçue.

Enfin, la rupture articulaire peut se compliquer de lésions des parties voisines, déchirure de l'urèthre, de la vessie, du vagin, la périnée, qui seront causes elles-mêmes de nouveaux désordres.

Ainsi donc, la symphyse normalement congestionnée et affaiblie, accidentellement relâchée ou rompue avec attrition possible des parties voisines, constitue pendant la grossesse et l'accouchement, un lieu de moindre résistance ; des agents pathogènes, hôtes de l'organisme, s'y localiseront volontiers, et dans certaines conditions de virulence, détermineront une arthrite purulente ; que l'on tarde d'intervenir, que la capsule partiellement ou totalement rompue ne constitue qu'un obstacle facilement franchissable, et la suppuration envahissant les régions du voisinage donnera naissance à un phlegmon pré ou rétro-pubien.

OBSERVATION I

Broca. Bulletin de la société anatomique. 1850

Femme morte de péritonite puerpérale dont on trouve les lésions dans les organes pelviens et abdominaux. La symphyse pubienne est pleine de suppuration, la subs-

tance cartilagineuse et la substance fibreuse sont réduites en une espèce de pulpe qui se laisse détacher avec l'ongle ; le pus a fusé en arrière sous le périoste du pubis, jusqu'à une distance de 3 centimètres de la symphyse.

OBSERVATION II

John Glem, London 1893

Femme de 23 ans, accouche à Rotanda (hôpital Dublin), d'un enfant de neuf livres et quart. Travail pénible, expression abdominale. Le lendemain matin, douleurs de la région du mont de Vénus, gêne dans la flexion des cuisses ; dans le vagin, ecchymose au centre du vestibule, cathétérisme, urine normale. Température : 100 degrés 2 F, pendant six jours. Le septième jour, température 104 degrés, pouls 140, signes de suppuration ; mort de la malade seize jours après l'accouchement. Autopsie : rupture de la symphyse, suppuration abondante d'apparence tuberculeuse ; ni métrophlébite, ni phlegmon.

OBSERVATION III

Hartwig. Médical New Philadelphie, 1893

Femme robuste, pelvis un peu étroit ; deux accouchements antérieurs pénibles, au forceps. Vue deux ou trois semaines après le dernier accouchement. Il n'a pas été

fait usage de forceps ; pendant le travail, la femme a ressenti une violente douleur, comme si elle avait été déchirée en deux. Actuellement, gonflement au niveau de la région pubienne ; incision, après, sortie du pus, le doigt introduit dans la plaie rencontre la symphyse, dont les extrémités sont disjointes, le cartilage paraît détruit par la suppuration. Drainage, bandage. Six semaines plus tard, la malade pouvait marcher.

On trouve dans l'observation III une rupture articulaire pendant l'accouchement, dans l'observation II, il s'agit d'un bassin rétréci, on parle de travail pénible, d'expression abdominale ; telles sont les causes mécaniques parfois décelables, mais souvent aussi on ne trouve rien ; aucune trace non plus d'infection préexistente n'est décelée. Il semble néanmoins (Budin) qu'il faille tenir compte, dans un grand nombre de cas, d'une endométrite atténuée où, les lésions locales sont réduites au minimum, et où l'infection est pour ainsi dire « septicémique d'emblée » ; cette endométrite existerait dans le cas où la présence d'une infection quelconque n'est pas appréciable et les lésions mécaniques ne seraient que des causes d'appel, inefficaces par elles-mêmes.

L'arthrite est déclarée, elle se traduit par des frissons, l'élévation rapide et considérable de la température, la région pubienne est douloureuse, les mouvements des membres inférieurs arrachent des cris à la malade ; localement, rougeur, empâtement diffus, œdème précoce et très prononcé.

Le pronostic est des plus variable, et l'intervention précoce doit être la règle absolue ; on verra alors comme dans l'observation III, les phénomènes généraux céder immédiatement et la guérison survenir en quelques semaines ; si l'on attend, la destruction cellulaire sera intense et rapide, la collection s'étendra dans les régions voisines, comme nous le verrons plus tard, ou bien l'arthrite sera le point de départ d'une généralisation sanguine, et causera la mort comme dans l'observation II. Dans l'observation I, assez sommaire, il y a coexistence de péritonite et d'abcès distants ; l'arthrite n'est peut-être qu'un épisode survenu au cours d'une pyohémie généralisée ; peut-être aussi la lésion articulaire, primitive, est-elle la cause des autres lésions constatées.

Phlegmons pré-pubiens d'origine articulaire.

OBSERVATION IV

(Gulinsky (*Centralblatt für gynækol.*), 1888). Primipare de 24 ans. Grossesse normale, bassin normal. Petite poussée fébrile pendant le travail. Forceps à la partie inférieure de l'excavation, extraction très facile d'un fœtus mort.

Le lendemain, douleur dans la région de la symphyse et des articulations sacro-iliaques. Cette douleur est exaspérée par les mouvements et la pression.

Après plusieurs jours, léger œdème de la région de la symphyse, sans fièvre. Le dix-septième jour, frisson, fièvre, tuméfaction et rougeur de la région pubienne et de la grande lèvre droite ; au palper, fluctuation. L'exploration de la symphyse, très douloureuse, y révèle une mobilité manifeste. Ténésme vésical, douleurs pendant la miction.

Incision de la grande lèvre droite, évacuation d'une grande quantité de pus fétide, grattage de la cavité. Drainage, pansements antiseptiques. Guérison complète en trois semaines.

Il s'agit d'une arthrite purulente, précédée de rupture symphysaire, qui se fait jour en avant ; le pus envahit le mont de Vénus et la grande lèvre droite, une incision faite à temps lui donne issue, on draine et tout rend dans l'ordre.

C'est le cas ordinaire des arthrites propagées franchement en avant, dans la région pré-pubienne ; à la faveur de la rupture capsulaire ou à travers les fibres distendues, le pus se frayant un passage vient déterminer une tuméfaction plus ou moins volumineuse. Ce sont les mêmes symptômes généraux que dans l'arthrite simple, c'est, localement, l'œdème plus prononcé, la tuméfaction plus considérable et progressivement accrue, c'est l'apparition d'une fluctuation nette, succédant à l'empatement diffus des jours précédents ; on notera au passage les troubles vésicaux, fréquents dans les arthrites de la symphyse, et que fait facilement comprendre la proximité de la vessie et de son sphincter.

L'intervention est ici facile et efficace ; on voit de

suite le siège du mal, on sait où aller chercher le pus, dont on assurera par le drainage, l'écoulement facile et complet.

OBSERVATION V

(*Rudeaux, thèse Paris, 1898.*)

Femme de 35 ans, entre à la Charité le 5 mai 1898, 5 grossesses antérieures. Elle a eu le 15 avril un érysipèle de la face, qui lui a laissé des bourdonnements d'oreilles. Fin avril, elle a ressenti dans la région pubienne une violente douleur, à la suite de laquelle elle a dû garder le décubitus dorsal.

Température du 5 mai au soir, 38 degrés, Accouchements le six, après un travail de huit heures.

Pendant les jours suivants, température de 38 degrés, 38 degrés 5 ; la miction, jusqu'alors facile, devient impossible. Apparition d'une tumeur à la région symphysaire, qu'elle déborde en haut et à gauche.

Dix-sept mai. La malade passe en chirurgie ; la tuméfaction descend en avant de la symphyse, remonte à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic, s'étend plus à gauche qu'à droite ; par le toucher vaginal, on ne sent rien derrière la symphyse, mais plus haut, on perçoit une masse prévésicale que l'on peut saisir entre le doigt vaginal et la main superficielle.

Incision de huit centimètres sur la ligne médiane ; on trouve au-dessous de l'aponévrose des droits une grande quantité de pus verdâtre et bien lié, sans odeur ; le grand

droit gauche est perforé, et derrière lui la collection purulente se continue, s'arrêtant au bord externe du grand droit droit et dépassant un peu le bord externe du grand droit gauche, s'enfonçant en bas entre les deux jubis écartés. Drainage, pansements. La guérison est complète le vingt juin.

Il s'agit d'une arthrite purulente, de propagation sus-pubienne ; la collection purulente, d'abord située derrière les muscles droits, dans leur gaine, a perforé le grand droit gauche a envahi la partie antérieure de la gaine, et s'est étalée jusqu'au devant de la symphyse.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de Monsieur le professeur Rochet, 1910)

Madame G., 27 ans, entre le premier octobre à l'infirmerie de la Maternité, à la Charité, pour une fausse couche de deux mois. C'est la septième grossesse ; la malade a eu quatre accouchements à terme d'enfants vivants, et deux fausses couches de quatre et trois mois ; on ne relève chez elle aucun signe de syphilis, mais la tuberculose est très suspecte ; voilà un an que la malade traîne une bronchite qui ne guérit pas, transpire la nuit et maigrit. Depuis près de un an, elle présente des urines très troubles à dépôt purulent abondant et à odeur putride. Elle est allée consulter à ce sujet bien des docteurs, elle a même fait un séjour à Saint-Pothin, dans le service du professeur Rochet, qui porta le diagnostic de pyélite chronique et amé-

liora pour un temps l'état de la malade par le salol et la thérébentine.

La malade a eu ses dernières règles le 10 juillet ; le 23 septembre, à la suite de manœuvres abortives, elle perdit en rouge ; quelques jours après, survint une forte hémorragie, suivie d'expulsion du fœtus et du placenta. Comme elle continuait à perdre, elle pensa n'être pas complètement délivrée, et entra à la Charité, ayant eu la veille un frisson avec une température de 40 degrés.

Le lendemain, la température étant encore à 38 degrés 3 et la malade ayant des pertes très fétides, on se décide à intervenir ; curage digital suivi d'écouvillonnage, et de la mise in utero d'une mèche : on retire ainsi gros comme une noix, de débris placentaires à odeur putride. La température monte à 40 degrés, dans les jours qui suivirent l'ablation de la mèche ; on fit des injections intra-utérines iodo-iodurées ; la température, persistant, on provoqua un abcès de fixation à la thérébentine, rapidement formé et ponctionné quelques jours après. La température n'en fut nullement modifiée, et persista, oscillant entre 38 degrés le matin et 39 degrés ou 39 degrés 5 le soir, sans que l'examen somatique put préciser sa cause. Les urines, comme par le passé, étaient toujours purulentes et putrides, et les deux poumons étaient le siège d'une bronchite en pleine période d'état.

Malgré l'opposition du chef de service, la malade, de caractère peu facile, quitta la Charité, se faisant transporter chez elle sur un brancard, le 17^e jour après l'intervention, avec une température de 40 degrés.

Deux ou trois jours plus tard, donc trois semaines après sa fausse couche, la malade fait appeler un médecin, car

elle souffre au niveau des pubis. On constate alors un empatement très net, formant une tumeur aplatie, siégeant au niveau et au-dessus du pubis, sur la ligne médiane ; cette tumeur, ligneuse, un peu douloureuse au toucher, surtout en un point correspondant juste à la symphyse, s'étend sur une surface d'une paume de main, et semble située dans les plans musculaires de la paroi. En effet, la peau du Mont de Vénus est normale, non douloureuse, facilement mobilisable sur les plans profonds ; par le toucher, l'exploration indolore de tout le petit bassin, montre que la tumeur n'est pas sous-péritonéale, et que tout l'appareil génital est normal. Du reste, pas de symptôme de réaction péritonéale.

Dans les deux semaines suivantes, le phlegmon de la paroi ne fit qu'augmenter, s'étendant peu à peu du côté de l'ombilic, et à gauche, faisant tâche d'huile. On institua bien dès le début le traitement à la glace, docilement supporté jour et nuit, mais la tuméfaction s'accrut, la peau devint rouge, adhérente, douloureuse, et la fluctuation apparut. En deux semaines, un phlegmon de consistance ligneuse, partant de la symphyse, avait presque gagné l'ombilic, s'étendant surtout à gauche de la ligne médiane, et mesurant en largeur une vingtaine de centimètres. Très nettement limité en bas par le pubis et le rebord osseux du grand bassin, il affectait une forme arrondie de contour plus ou moins net, convexe du côté de l'ombilic, et occupant surtout l'hypochondre gauche. De guerre lasse, et voyant que le mal empirait, la malade consentit enfin à se faire transporter dans le service du docteur Rochet, pour y être opérée.

Elle y entre le 9 novembre, et le diagnostic s'imposant

de phlegmon suppuré de la paroi antérieure de l'abdomen, le docteur Rochet l'opéra de suite. Incision sur la ligne médiane, donnant issue à une quantité considérable de pus crémeux à odeur fétide; on introduit une sonde cannelée dans la direction des pubis, qui donnent la sensation d'être dénudés. L'introduction du doigt montre alors que l'articulation pubienne est ouverte, et qu'il s'agit de ces phlegmons de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, ayant pour point de départ un symphysite suppurée. On draine largement, et le pansement est changé tous les jours.

À la suite de l'intervention, la température, qui s'était maintenue jusque là à 38 degrés environ le matin et 40 degrés le soir tombe en lysis à 37 degrés le matin, mais se maintient le soir à 38 degrés, 38 degrés 2, jusqu'à la sortie de la malade.

La cicatrisation est complète en deux mois, et la malade sort guérie de son phlegmon, mais avec une température persistante due à ses lésions pulmonaires, et peut-être bien à sa pyélite chronique, avec urines purulentes et putrides.

À l'entrée comme à la sortie, les organes du bassin étaient indemnes de toute lésion.

En résumé, tuberculose pulmonaire et pyelo-néphrite antécédentes; avortement avec rétention de débris placentaires, température élevée et soutenue. Trois semaines après l'avortement, apparition d'un phlegmon sus et pré-pubien, qui s'accroît progressivement pendant quinze jours, et ne devient fluctuant qu'au bout de ce temps. Incision, exploration: il s'agit d'un phlegmon de la paroi, ayant pour point de départ une arthrite purulente symphysaire. Drainage. Guérison en deux mois,

Dans les deux cas précédents, il s'agit de multipares, ayant eu respectivement cinq et six grossesses antérieures, dans les deux cas, on note une infection antécédente, ici un érysipèle récent, là des lésions de tuberculose pulmonaire, et une pyélonéphrite tenace; la malade de Rudeaux accuse à la fin de sa grossesse une douleur symphysaire, probablement symptomatique d'une disjonction articulaire; chez la malade du docteur Rochet, un avortement suspect a été suivi de la rétention de cotylidons placentaires; chez les deux malades, la température est fébrile. L'infection, précédant l'accouchement ou survenant à sa suite, est manifeste, et dans un cas, le traumatisme explique de façon très satisfaisante sa localisation articulaire.

Pourquoi, partant de la symphyse, la collection purulente gagne-t-elle la région des droits, pour devenir consécutivement prépubienne, au lieu de se propager franchement en avant comme dans l'observation iv? Peut-être y a-t-il eu rupture de quelques fibres de ces muscles, avec arrachement de la partie supérieure de la capsule.

Quoiqu'il en soit, l'apparition des symptômes est d'autant plus précoce que les causes d'appel des agents pathogènes sur l'articulation auront été plus manifestes. Après une période fébrile, avec malaise général, pouvant durer de quelques jours à quelques semaines, apparaît la douleur pubienne, en même temps que la température s'élève, que la miction devient douloureuse ou impossible. Le toucher vaginal pratiqué dans ces premiers jours, ne révèle que l'intégrité des organes pelviens, et si la partie postérieure

de l'articulation est douloureuse, on ne perçoit pas de collection rétropubienne.

La tuméfaction de la paroi devient perceptible, sa palpation est douloureuse, mais les téguments sont mobiles, d'apparence normale, les plans profonds sont durs, de consistance ligneuse. Le toucher permet alors de sentir au dessus des pubis, une masse pré-vésicale.

Le plastron abdominal fait tache d'huile, il commence en bas au bord inférieur de la symphyse, remonte à une distance plus ou moins considérable de l'ombilic ; occupant la partie médiane de la région sous-ombilicale, qu'il déborde plus ou moins.

La fluctuation apparaît, tardive, réclamant l'intervention large et immédiate, suivie d'un drainage prolongé. Ce qui frappe dans l'évolution de ces phlegmons, c'est leur allure peu rapide, c'est le peu d'acuité des symptômes du début, c'est la dureté de la tuméfaction, bridée par l'aponévrose des muscles abdominaux. Ce sont des affections relativement bénignes, ayant abouti à la guérison en un mois dans un cas, en deux mois dans l'autre.

Il faut noter l'absence complète de phénomènes péritonéaux, douleur très vive, grands frissons, nausées, vomissements, ballonnement du ventre. Ces symptômes ne ressortissent pas des phlegmons qui nous occupent, ils appartiennent à leurs complications ; ils annoncent leur propagation au péritoine, la généralisation de l'infection, et une intervention tempestive empêchera leur apparition.

Phlegmons rétro-pubiens d'origine articulaire

OBSERVATION VII

(Bouilly, *Thèse d'agrégation*, 1880)

Femme de 24 ans ; suppuration de la symphyse pubienne, consécutive à un accouchement ; douleurs au niveau du pubis, l'utérus est refoulé en arrière par une tumeur. Ponction aspiratrice, guérison.

OBSERVATION VIII

(*Thruston Medical News Philadelphie* 1885)

Secondipare de 40 ans, pléthorique, pesant cent cinquante livres, accouche après onze heures de travail, est délivrée au bout de trente minutes (5 décembre).

Trois jours plus tard, elle accuse de la douleur dans le bas-ventre, pouls 86, température 99 degrés 5 F. On constate une mobilité anormale des deux os de la symphyse. Le 9, tuméfaction et douleur de la région pubienne. Température 101 degrés, pouls 100. Rétention d'urine. A partir de cette époque, signes bien caractérisés d'un phlegmon circonscrit occupant la moitié gauche intérieure du petit bassin, avec fusion entre le col de la vessie et l'utérus. Etat général grave, pouls 120.

Le 19 janvier, on pratique l'ouverture de l'abcès à la vulve, au point le plus fluctuant. Le 7 février, la symphyse est solidement réunie et on enlève le bandage cinq semaines plus tard.

Il s'agit d'une arthrite purulente, suivie d'un phlegmon rétro-pubien qui envahit le petit bassin. Incision, guérison.

OBSERVATION IX

(*Galvagh, Scimidts Iagrbücher, 1869*)

Femme de 32 ans, neuf accouchements antérieurs. Vers la fin de toutes les grossesses, craquements dans la partie postérieure droite du bassin ; la malade se remettait complètement pendant les suites de ses couches.

Accouchement spontané ; le deuxième jour, en remontant au lit, vive douleur dans la symphyse, avec sensation de déchirure ; il se forme un abcès dans la symphyse qui ne fut pas incisé, Mort le quarante-unième jour.

Autopsie. On vérifie l'écartement des symphyses ; elles sont abcédées, et la collection s'étend jusque derrière le rectum, en bas jusqu'à la cuisse. Fémur et tibia en partie dépouillés de leur périoste.

Arthrite purulente, phlegmon s'étendant en arrière jusque dans la cuisse. Non intervention, mort.

OBSERVATION X

(*Dührsen Archiv für Gynäkologie*, 1889)

Femme de 26 ans ; traumatisme de la région pubienne vers le milieu de la grossesse. Accouchement six semaines avant terme, délivrance cinq minutes après l'accouchement.

Arthrite de la symphyse, état général mauvais, mort. Autopsie : vaste abcès propéritonéal s'étendant à gauche jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, en bas jusqu'au dessous du pubis et gagnant à droite la région inguinale. L'abcès est limité en avant par les muscles de l'abdomen. L'articulation de la symphyse est complètement détruite et baigne dans le pus, les pubis sont écartés d'un pouce. Branche horizontale et descendante du pubis gauche complètement dénudées, rugueuses au doigt. Intégrité de la vessie, de la matrice et des annexes.

Arthrite, phlegmon de l'espace de Retzius, en gagnant la région inguinale ; non intervention, mort.

OBSERVATION XI

(*Thèse Bouilly*, 1880)

Péritonite douze jours après un accouchement ; ponctions, issue d'une grande quantité de pus. Péritonite généralisée. Mort.

Cavité pleine de pus située en dehors du péritoine, entre la vessie et le pubis.

Ces phlegmons, consécutifs à une arthrite purulente de la symphyse, reconnaissent l'éthiologie ordinaire de cette affection ; on remarquera deux délivrances, faites de façon précoce et dont il n'a pu résulter que des conséquences fâcheuses.

L'existence d'une arthrite suffit à expliquer les phénomènes généraux ; si elle reste limitée à l'espace de de Retzius, la collection purulente rétro-pubienne envahit de haut en bas la cavité, et donne lieu à une voussure abdominale perceptible, remontant vers l'ombilic ; le plus souvent, elle s'étend en arrière, vers le petit bassin, et en l'absence de voussure, le toucher vaginal donnera des renseignements précieux.

L'évolution peut être rapide, l'inflammation gagne le tissu cellulaire sous-péritonéal, le péritoine, tout cela en quelques jours, et l'on se trouve d'emblée en présence d'une péritonite, sans avoir diagnostiqué le phlegmon. Ordinairement, la marche est plus lente ; le pus, gagnant de proche en proche, s'enfonce dans les cloisons celluleuses du petit bassin, en continuité avec le contenu cellulo-adipeux de la cavité de Retzius, chemine le long de la vessie, du rectum ; ou bien, suivant la branche du pubis qu'il dénude, il fuse à la région inguinale, franchit l'anneau crural, et vient bomber à la cuisse.

Tels sont les dégâts considérables causés par ces suppurations abandonnées à elles-mêmes ; il est à noter que ces phlegmons, d'origine articulaire, ont peu de tendance à s'ouvrir dans un conduit naturel, vagin, rectum, ou dans la vessie, ce qui serait

un mode de terminaison relativement favorable, et établirait un drainage naturel ; il est rare également de voir l'ouverture spontanée se faire en avant au voisinage de l'ombilic, dans la région la moins dangereuse.

Ainsi propagée, de l'articulation au contenu du petit bassin, l'affection présente un caractère de haute gravité ; on assiste à une recrudescence des symptômes généraux, traduisant l'atteinte du péritoine, ou bien apparaissent les signes d'une septicémie mortelle.

L'intervention est donc dictée par des raisons pressantes, et là, plus que dans les cas de phlegmons pré-symphysaires, elle doit être précoce. Dans les cas plus haut cités, la lésion abandonnée à elle-même a toujours abouti à un dénouement fatal.

Une fois posé, le diagnostic d'arthrite purulente, l'incision hypogastrique large libérera le contenu articulaire, et permettra l'appréciation facile des lésions rétro-symphysaires, si elle n'est pas assez rapide pour les prévenir ; en présence d'une tuméfaction prévésicale, limitée à l'espace de Retzius, on se comportera comme en cas d'un phlegmon pré-pubien ; si le toucher vaginal révèle une collection propagée profondément dans le petit bassin, une contre-incision pourra être utile, vaginale ou rectale, suivant les cas. Quant au drainage, il trouve des indications plus nettes encore que dans les cas de phlegmons pré-pubiens.

CHAPITRE III

Phlegmons idiopathiques pré & rétro-pubiens

Les suppurations pubiennes survenant pendant les suites des couches, n'ont pas toujours une origine articulaire. Nous avons étudié jusqu'ici l'arthrite purulente de la symphyse, aboutissant par le progrès de ses lésions destructives, à des phlegmons pré ou rétro-pubiens. Mais l'inflammation peut aussi se localiser de façon primitive en avant ou en arrière de l'articulation, et il existe là des phlegmons idiopathiques, évoluant pour leur propre compte, sans participation de la suppuration symphysaire.

Phlegmons rétro-pubiens

Les phlegmons post-pubiens, ceux de l'espace de Retzius, sont les plus fréquents et les mieux connus ; pour ces raisons, nous les étudierons en premier lieu,

OBSERVATION XII

Union médicale, 1864

Accouchement en Mars 1862 ; pelvipéritonite avec tumeur dans la fosse iliaque gauche, suivie de disparition complète

En décembre 1863, douleurs violentes dans le ventre, avec frissons le soir ; entrée à l'hôpital de la Pitié le 14 décembre. On constata, au-dessus de la symphyse, une tuméfaction qui se continuait dans la fosse iliaque droite ; elle était douloureuse et fluctuante ; par le rectum, on sentait le col repoussé contre le sacrum ; entre lui et le pubis, une tumeur arrondie, fluctuante, qui correspondait à la voussure hypogastrique ; l'hypogastre était rosé.

Le 5 janvier, ouverture spontanée de la tumeur à l'ombilic, et issue de pus ; agrandissement de l'ouverture, contre-incision par le vagin. Il sort un pus abondant, vert noirâtre, mélangé à de l'urine ; drainage.

La fistule vésicale se referme bientôt, les incisions se cicatrisent. Guérison le 5 mars.

Il s'agit d'un phlegmon de la cavité de Retzius, de cause indéterminée ; 15 jours après son apparition, ouverture spontanée à l'ombilic ; contre-incision par le vagin, fistule vésicale. Guérison.

OBSERVATION XIII.

(Villiers, thèse Nancy, 1885.)

Femme de 35 ans, lymphatique. Quelque temps après un avortement, douleur et tuméfaction dans l'hypogastre, puis formation d'une tumeur au-dessous de l'anneau ombilical et à gauche, celle-ci est ouverte au bistouri.

Peu de temps après, signes d'une forte inflammation gastro-intestinale, douleurs périnéales, sensation d'ardeur dans l'urèthre, grande tension dans l'hypogastre; la malade dit sentir un liquide froid lui tomber dans le ventre; on constate la sortie par l'urèthre, d'une grande quantité de pus.

Au bout de trente jours guérison.

Phlegmon prévésical, incision au voisinage de l'ombilic, Ouverture spontanée dans la vessie; guérison.

OBSERVATION XIV

Puech, Gazette des hôpitaux (Thèse Géraudie, 1903.)

Primipare de 23 ans. Accouche le premier février après des douleurs très vives. Pendant l'expulsion, rupture de la symphyse; les mouvements des membres inférieurs sont douloureux. Ventre souple, non sensible, lochies fétides pendant les premiers jours.

Dix-huit février. Légère tuméfaction au-dessus de la symphyse, un peu plus étendue à gauche qu'à droite, dure, douloureuse à la pression, sans fluctuation. Température 39 degrés.

La fétilité des lochies disparaît, mais la fièvre et les frissons augmentent. La tuméfaction dépasse la symphyse de quatre travers de doigt, elle a la forme d'un chapeau de gendarme; sa base est parallèle aux branches du pubis, son sommet arrondi est un peu à gauche de la ligne médiane.

Toucher vaginal: on sent très haut, derrière le pubis, la base de la tuméfaction; pas d'écartement anormal des surfaces articulaires; l'utérus est volumineux et lourd, facilement mobilisable, les culs-de-sac sont libres.

Température 39 degrés 7. Quelques nausées, pas de troubles de la miction. On a affaire à un phlegmon prévésical.

La température se maintient dans les jours suivants de 38 degrés 5 à 40 degrés.

1^{er} mars. Longue incision, verticale un peu à gauche de la ligne médiane; on traverse la paroi, et on arrive dans une cavité d'où s'échappe une grande quantité de pus.

L'articulation et les surfaces osseuses voisines sont intactes. Lavage de la poche, drainage.

Dès le lendemain, la température descend; la plaie est fermée le 1^{er} avril.

Phlegmon de l'espace de Retzius, apparaissant une quinzaine de jours après l'accouchement. Incision, guérison.

OBSERVATION XV

Gazette médicale de Paris, 1884 (Thèse Géraudie 1903).

Madame F., 32 ans ; premier accouchement à 24 ans, avec péritonite et périmétrite probables ; un an après, phlegmon de l'espace de Retzius, qui s'ouvre au-dessous de l'ombilic, et reste fistuleux. Second accouchement, pénible, douleurs violentes, application de forceps ; la suppuration s'est arrêtée pendant la grossesse, puis a recommencé et ne se tarit pas dans la suite.

Apparition d'une hernie à la partie supérieure de l'ombilic, hernie peu volumineuse, maintenue par une ceinture.

Juin 1884 ; la malade applique sur sa hernie, sans rien en dire, une pelote qui obture l'orifice fistuleux.

Le 29 juin, à la suite d'un effort, douleur très vive dans le bas-ventre, vomissements alimentaires puis bilieux, arrêt des matières et des gaz.

1^{er} juillet. Accentuation des symptômes ; conjonctives subictériques. On pense à une gangrène herniaire, on pratique la kélotomie, il sort un flot de pus verdâtre : il s'agit d'une péritonite par perforation, l'abcès de la cavité prévésicale s'étant ouvert dans le péritoine.

La mort survient rapidement malgré l'intervention.

En résumé : phlegmon de l'espace de Retzius, survenue à la suite d'un accouchement, s'ouvrant spontanément à la paroi abdominale, restant fistulisé pendant des années, l'obturation accidentelle de l'orifice fistuleux détermine la

réten tion du pus ; à la suite d'un effort, la collection s'ouvre dans la cavité péritonéale, et une péritonite amène la mort.

Constatons d'abord l'absence de tout phénomène inflammatoire du côté de la symphyse ; dans l'observation xiv, où l'on diagnostique une rupture pendant l'expulsion, l'intervention montre l'intégrité parfaite de l'articulation interpubienne.

Il s'agit de phlegmons prévésicaux, développés derrière la paroi abdominale, dans l'espace que nous avons décrit sous le nom d'espace de Retzius.

Dans les jours qui suivent un accouchement ou un avortement, quelques symptômes anormaux attirent l'attention : la température est légèrement fébrile, les lochies sont fétides, l'utérus reste volumineux, son involution se fait mal, ou bien l'abdomen devient douloureux à la pression, et l'on trouve une induration de l'une des fosses iliaques ; en somme, il s'agit d'endométrite, de périmétrite, de péritonite localisée. Les symptômes de ces affections commencent à décroître, lorsque survient une douleur persistante de la région pubienne, coïncidant avec une élévation soutenue de la température. A l'hypogastre, apparaît une tuméfaction qui part du bord supérieur des pubis et remonte vers l'ombilic ; dans l'observation xiv, elle fait songer par sa configuration, à un chapeau de gendarme, reproduisant ainsi la forme de l'espace de Retzius ; c'est un plastron dur, séparé de la main qui palpe par l'épaisseur de la paroi.

Diverses éventualités sont possibles ; on peut voir, au point le plus saillant de la voussure abdominale, près de l'ombilic ordinairement, les téguments rougir, la fluctuation apparaître, et la cavité prévésicale se débarrasser d'elle-même de son contenu ; il est rare, étant donné sa profondeur et son irrégularité, que l'évacuation puisse être totale, et l'orifice tend à rester fistuleux ; on peut voir alors, comme dans le cas curieux rapporté à l'observation xv, une suppuration persister durant des années, sans atteinte profonde de l'état général.

De l'espace prévésical, la suppuration peut aussi, par continuité, envahir les fosses iliaques, le petit bassin, mais il est rare qu'elle détermine alors des ravages aussi étendus que ceux des phlegmons rétro-pubiens d'origine articulaire ; ici, l'ouverture dans la portion-extrapéritonéale de la vessie est fréquente, et la soupape ainsi créée empêche la mise en tension du pus dans la cavité de Retzius, et sa propagation fâcheuse au tissu cellulaire de l'excavation.

L'incision large sous-ombilicale, toujours avec drainage, une fois le diagnostic posé, met à l'abri de toutes ces éventualités ; mais on voit que, même laissées sans traitement, ces suppurations offrent moins de dangers que les suppurations articulaires.

La raison de cette bénignité nous paraît être dans leur origine. D'où peuvent donc provenir ces phlegmons autonomes de l'espace de Retzius ? Géraudie (Thèse de Montpellier, 1903) leur assigne une origine lymphatique et les considère comme des adéno-phlegmons

Il existe, en effet, des ganglions lymphatiques dans l'espace de Retzius, découverts par Gérota (1896), étudiés depuis par Cuéno et Marcile (1901), puis par Géraudie. Ces ganglions forment deux groupes, les uns sont situés sur les côtés de la vessie, c'est le groupe latéral, les autres immédiatement derrière la symphyse, c'est le groupe antérieur. Des injections au mercure et à différents liquides colorés, poussées dans les vaisseaux qui paraissent être leurs tributaires, ont montré que ces ganglions reçoivent des lymphatiques de l'urèthre, de la vessie et de l'appareil génital ; à la suite d'une inflammation de ces organes, on pourra donc avoir un adénophlegmon de l'espace de Retzius. D'ailleurs, dans un cas de phlegmon de cet espace, d'origine non obstétricale, la présence de ganglions enflammés a été histologiquement démontrée (Bavy, *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris* 1899).

Or, si nous analysons nos observations, nous voyons apparaître après l'accouchement des signes d'endométrite, des signes d'inflammation du péritoine en rapport avec l'appareil génital ; on peut admettre que les agents pathogènes producteurs des lésions, gagnent par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques de ces organes, les ganglions de la cavité de Retzius, et y déterminent une adénite suppurée suivie de périadénite, et de la production d'un adénophlegmon.

On s'explique alors pourquoi ces suppurations ont un caractère de bénignité relative ; il ne s'agit pas, en effet, d'une infection sanguine qui se localise, mais d'une infection primitivement localisée, affectant le

système lymphatique d'une région nettement déterminée.

Phlegmons pré-pubiens

OBSERVATION XVI

Briolle (Gazette des hôpitaux 1883).

Antécédents obstétricaux : une fausse couche, une deuxième grossesse suivie d'un accouchement long et laborieux.

Il s'agit du troisième accouchement, également laborieux, pendant lequel on doit recourir au forceps, la malade, très nerveuse, se débat violemment pendant l'intervention. Enfant vivant, bien portant.

A quelque temps de là, après des suites de couches normales, la malade présente des troubles de la miction, difficulté d'uriner, nécessitant le cathétérisme; mouvements fébriles, mais sans frisson, anorexie, ni vomissements, ni nausées. Une douleur apparaît dans la région hypogastrique suivie d'empâtement local; après une longue période de jours bons et mauvais, apparition de la fluctuation, et ouverture spontanée de la collection (la malade s'est opposée à l'incision). L'exploration méthodique des organes pelviens n'a révélé aucune douleur, aucune lésion.

Depuis l'apparition du phlegmon, jusqu'à sa résolution complète, il s'est écoulé six mois.

OBSERVATION XVII

James Oliver, Britisch méd. Journal, 1890

Cellulite de la paroi abdominale antérieure, survenue après un accouchement prématuré, sans trouble concomitant du côté de la cavité pelvienne.

E. R., 45 ans, mariée depuis huit ans, me fut envoyée le trente avril par le docteur Laftus. Elle présentait une tuméfaction de l'hypogastre droit, dont elle s'était aperçu depuis deux semaines, et qui avait graduellement augmenté; sept semaines auparavant, la malade était accouchée prématurément d'un enfant de six mois, qui vécut vingt-quatre heures; depuis lors, elle avait éprouvé une grande douleur dans la région où s'était développé cette tuméfaction. Il n'y avait pas d'écoulement vaginal, ni de pertes sanguines, non plus que de troubles du côté du rectum.

Signes physiques: la paroi abdominale était maigre; la partie inférieure de la région hypogastrique et les régions iliaques droite et gauche étaient unies et lisses, contrastant avec les régions abdominales, qui étaient plissées. Un phlegmon en forme de gâteau irrégulier occupait la portion unie de la paroi; il s'étendait depuis le bord supérieur du pubis, jusqu'à une distance de quatre doigts au-dessus; transversalement, il mesurait cinq doigts, trois et demi à droite, et un demi à gauche de la ligne ombilicale. Cette tuméfaction était tendue au toucher près du pubis.

Il n'est fait mention d'aucune lésion symphysaire.

OBSERVATION XVIII

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé

Commandeur, 1909

Marie D., 23 ans, bien portante habituellement, accouche le 12 mai 1909, à la Maternité, d'une fille à terme, bien portante, qu'elle nourrit. L'accouchement fut normal, et douze jours après, la malade sortait de l'hôpital. Vers le 26 ou 28 mai, elle fut prise de douleurs vagues dans l'abdomen, douleurs qui augmentèrent ces jours derniers, rendant la marche très pénible, et finalement, conduisirent la malade à l'hôpital.

Elle entre donc le 4 juin à la première infirmerie. Malade pâle, sans appétit, faible, avec une température de 38 degrés 8. Examen somatique : tous les viscères sont normaux. Toucher : utérus, annexes, ligaments larges, culs-de-sac, tout est normal, et l'exploration de la cavité pelvienne n'est nulle part douloureuse.

Mais on constate une grosse tuméfaction au niveau du mont de Vénus ; recouverte d'une peau blanche, normale, et qui se laisse plisser et mobiliser sur les plans sous-jacents, elle est globuleuse, arrondie, plaquée sur la face antérieure des pubis. Elle remonte à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et se termine latéralement sur l'arcade fémorale, au pli de l'aîne à trois travers de doigt au-dessous et en dedans des épines iliaques antéro-supérieures. La limite supérieure de cette tuméfaction est une courbe à convexité ombilicale dont les deux extré-

mités rencontre la limite inférieure constituée par les 2 plis de l'aine. Cette limite inférieure est très précise : la tuméfaction s'arrête net au niveau de l'arcade fémorale, et les deux triangles de Scarpa sont indemnes ; la partie supérieures des grandes lèvres est œdématiée. Cette tuméfaction en forme de quadrant de cercle est très dure, peu douloureuse, sauf en un point situé à son centre, où la tumeur semble ramollie. Elle est absolument fixe, et siège entre la face antérieure des pubis, et la peau qui est saine.

Nous avons dit que l'exploration de l'excavation pelvienne était absolument négative, et le toucher profond dans le cul-de-sac antérieur du vagin montre bien qu'il ne s'agit pas d'une lésion sous-péritonéale. C'est donc un phlegmon torpide et d'aspect ligneux, sus et pré-pubien ; on ne saurait songer à de la phlébite des veines pré-pubiennes, car, nous l'avons dit, la peau est douce, non œdémateuse, mobile sur les plans sous-jacents.

Laissé cinq jours au repos, sans traitement, la malade avait régulièrement entre 37 degrés et 37 degrés 5 le matin, et 38 degrés et 38 degrés 5 le soir. On lui mit une vessie de glace sur les pubis, et dès le même jour, la température baisse, et ne remonte pas à plus de 37 degrés 2 jusqu'à la sortie.

La tuméfaction fondit pour ainsi dire peu à peu ; une semaine après l'application de la glace, elle n'était plus que du volume d'une moitié de mandarine fixée sur la symphyse et vingt jours après son entrée, la malade sortait guérie ; on ne constatait plus qu'un léger empâtement sur la symphyse.

En résumé, malade qui, quinze jours environ après un

accouchement normal, ressent des douleurs abdominales, et voit apparaître une tuméfaction. Elle entre à la Charité où l'on diagnostique un phlegmon ligneux pré et sus-pubien, qui s'accroît dans les premiers jours, puis cède sous l'influence du traitement par la glace.

Ces phlegmons présentent une allure clinique et une évaluation bien spéciales.

Après un accouchement normal, ou du moins sans lésion traumatique manifeste, les suites de couches ne sont d'abord marquées d'aucun incident, tout évolue de la façon la plus naturelle, sans température, sans phénomènes généraux, au bout de quelques semaines, une douleur apparaît dans la région hypogastrique, douleur persistante, dont l'intensité s'accroît et oblige l'accouchée à garder le lit. Au bout de quelques jours, apparaît à l'hypogastre, une tuméfaction qui s'accroît lentement, accompagnée d'une température de 38 degrés, 38 degrés 5 le soir, retombant le matin au voisinage de la normale, se maintenant avec persistance dans les mêmes limites, bien différente des températures élevées de l'arthrite purulente, et des phlegmons qui lui font suite. L'état général est mauvais, la malade est pâle et affaiblie, mais l'hyperthermie ne s'accompagne pas de frissons, il y a ni nausées, ni vomissements, on constate l'absence complète de phénomènes péritonéaux. La tuméfaction augmente peu à peu en surface ; elle dépasse peu le bord inférieur des pubis, remonte vers l'ombilic, envahit les régions iliaques, mais d'un côté comme de l'autre, elle ne

dépasse pas le pli de l'aine. Cet accroissement se poursuit pendant des semaines, sans déterminer de symptômes alarmants. La palpation, peu douloureuse, donne une sensation de dureté caractéristique, et sur ce fond ligneux, les téguments gardent leur blancheur normale ; ils sont un peu tendus, mais mobilisables sur les plans sous-jacents.

Du côté des organes pelviens, le toucher ne révèle rien, les culs-de-sac sont libres, les os comme les parties molles paraissent indemnes de toute lésion.

Sur ce plastron étendu et résistant, le meilleur moyen d'action semble être l'emploi prolongé de la glace ; la vessie est maintenue jour et nuit sur la tumeur, qui diminue progressivement, et disparaît en quelques semaines, avec la même lenteur qu'elle a mis à se former.

Si l'on reste dans l'expectative, les téguments perdent leur aspect antérieur, ils se tendent, rougissent, deviennent adhérents, et en un ou plusieurs points de la masse, apparaît une fluctuation nette, le pus ainsi formé se libère de lui-même, il se forme une fistule, et le phlegmon, comme c'est le cas dans l'observation XVIII, demande des mois pour achever sa résolution.

Il s'agit en somme de phlegmons ligneux de la paroi, survenant après un accouchement, à allure chronique, à évolution torpide, caractérisés par leur dureté persistante et le peu de tendance à la suppuration.

Il est difficile d'établir par quelle voie s'est propagée l'infection ; l'absence d'altération des téguments, d'œdème, élimine l'hypothèse d'une phlébite des veines pré-pubiennes ; les lymphatiques, peu abondants dans

la région, et dépendant des ganglions superficiels de l'aîne, jouent peut-être un rôle, mais rien ne permet de l'affirmer d'une façon précise.

L'étiologie du phlegmon ligneux de la paroi abdominale, en quelque circonstance qu'il survienne, est d'ailleurs des plus vagues. Ici, la puerpéralité joue évidemment un rôle considérable, mais a-t-elle réveillé une infection latente, ou a-t-elle apporté dans l'organisme les agents pathogènes ? Il semble aussi que l'on doive tenir compte du terrain sur lequel a évolué la phlegmasie, et l'état puerpéral, par les modifications qu'il détermine dans la nutrition générale, peut encore être mis en cause.

En tous cas, le microbe, spécifique au banal, cause de l'affection, se borne à provoquer, pendant longtemps, l'infiltration oedémateuse, n'ayant pas une énergie suffisante pour atteindre d'emblée à la suppuration.



CONCLUSIONS

I. La symphyse pubienne, normalement ramollie par imbibition pendant la gestation, et parfois traumatisée pendant l'accouchement, peut être, au cours de la puerpéralité, le siège d'une arthrite purulente, susceptible de donner lieu à des phlegmons pré ou rétro-pubiens.

II. Indépendamment de ces phlegmons d'origine articulaire, on rencontre des phlegmons rétro-pubiens (adéno-phlegmons de l'espace de Retzius) ou pré-pubiens (phlegmons d'étiologie obscure affectant la forme ligneuse).

III. Les arthrites et les phlegmons qui en dépendent n'ont plus guère qu'un intérêt historique. Les phlegmons pré ou rétro-pubiens, bien que peu fréquents, se rencontrent encore de loin en loin.

Vu :

Le Président de la Thèse,

FABRE

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} Décembre 1910,

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AHLFELD. — *Schmidts Jahrbücher*, 1876.
ANDRAL. — *Clinique médicale*, 1827.
BAYY. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1899.
BLANQUEZ. — *Gazette médicale*, 1848.
BOUILLY. — *Thèse d'agrégation*, Paris 1880.
BRIOLLES. — *Gazette des hôpitaux*, 1883.
BROCA. — *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1850.
BUDIN. — *Progrès médical*, 1893.
COMMANDEUR. — *Pratique de l'art des accouchements*, 1907.
CUNÉO et MARCILLE. — *Bulletin de la Société Anatomique*, Paris, 1901.
DUBLET. — *Thèse Montpellier*, 1907-08.
DÜHRSEN. — *Archiv. für Gynäkologie*, 1889.
DELBET. — *Des suppurations pelviennes chez la femme*, 1891.
EISING. — *Annals of surgery*, Philadelphie, 1908.
GALVAGNI. — *Schmidts Jahrbücher*, 1869.
GÉROTA. — *Anatomischer Anzeiger*, 1896.
GÉRAUDIE. — *Thèse, Montpellier*, 1902-03.
GLENN. — *The Lancet*, London, 1893.
HARTWIG. — *Medical News*, Philadelphie, 1893.
HERVIEUX. — *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales suites de couches*, 1870.
KOCH. — *München médical. Wochenschrift*, 1887.
KÖSTLIN. — *Thèse Tubingen*, 1880.
IMBERT. — *Montpellier médical*, 1902.
LEJARS. — *Semaine médicale*, 1907.
LEUSSER. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1885.
MARTIN. — *Annales des maladies génito-urinaires*, 1893.
OLIVER. — *Britisch medical Journal*, 1890.
PASTUREL. — *Thèse, Paris*, 1903-04.
PAUZAT. — *Gazette médicale de Paris*, 1880.
POULAIN. — *Journal des sciences médicales de Lille*, 1908.

- PUECH. — *Gazette des hôpitaux*, 1899.
RIGAL. — *Gazette des hôpitaux*, 1883.
RUDEAUX. — *Thèse, Paris*, 1897-98.
SAUSSIÉ. — *Thèse, Paris*, 1903-04
TESTUT-JACOB. — *Anatomie topographique, Tome II*.
THRUSTON. — *Medical News, Philadelphie*, 1885.
VILLIERS. — *Thèse Nancy*, 1884-85.
WORMS. — *Gazette des hôpitaux*, 1885.
-

